

Späte Frühgeborene – eine ignorierte Risikogruppe

— Während der letzten zehn Jahre lag der Fokus vieler Neonatologen darauf, das Überleben immer kleinerer und unreiferer Frühgeborener zu ermöglichen. Späte Frühgeborene, die in der 34. bis 36. Schwangerschaftswoche (SSW) zur Welt kommen, wurden dagegen wenig beachtet und häufig ähnlich wie Termingeborene behandelt. Ein Vorgehen, das keinesfalls gerechtfertigt ist, warnte Dr. Thorsten Wygold, Hannover: Diese „near-term“-Kinder haben Daten aus den USA zufolge im Schnitt ein siebenfach höheres Morbiditätsrisiko als nach der 37. SSW Geborene. Auch die Mortalität ist je nach Geburtswoche um den Faktor 3,5 bis 8 gesteigert. „Wie eine aktuelle Studie zeigt, erhöht die noch nicht abgeschlossene Entwicklung des Immunsystems das Risiko für Infektionen im Vergleich zu Termingeborenen um mehr als das Fünffache“, ergänzte Wygold. Hinzu kommen Langzeitfolgen wie chronische Atemwegserkrankungen, Essstörungen oder motorische Defizite.

Die Risiken einer Infektion mit dem Respiratory Syncytial Virus (RSV) erläuterte PD Dr. Markus Rose, Frankfurt am Main. Betroffene Kinder, die in der 33. bis 35. SSW geboren



© Abbott

Lilly, geboren in der 35. SSW, gehört zu den „near-term“- Kindern mit erhöhtem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko

wurden, haben dabei ähnlich schlechte klinische Outcomes wie Kinder, die vor der 33. SSW auf die Welt kamen. Eine passive Immun-

prophylaxe gegen schwere RSV-Infektionen steht mit dem monoklonalen Antikörper Palivizumab (Synagis[®]) zur Verfügung, der in der IMPact-Studie das Hospitalisierungsrisiko von zwischen der 32. und 35. SSW geborenen Kindern um 80% senken konnte.

Nach den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine Prophylaxe mit Palivizumab bei Frühgeborenen der 29. bis 35. SSW indiziert, die zu Beginn der RSV-Saison jünger als sechs Monate sind und mindestens zwei Risikofaktoren für eine schwere RSV-Infektion aufweisen. „Die Gruppe der späten Frühgeborenen macht den Großteil aller Frühgeburten aus“, erläuterte Rose, „deshalb ist eine Behandlung mit dem Antikörper aus Kostengründen nicht bei jedem Kind möglich. Das geforderte Vorliegen von zwei weiteren Risikofaktoren, von denen in Kohortenstudien mittlerweile rund ein Dutzend identifiziert wurde, erlaubt jedoch einen gezielten und damit wirtschaftlichen Einsatz von Palivizumab.“ **es**

Lunch-Symposium „Fast am Termin ist immer noch zu früh – spezifische Risiken bei späten Frühgeborenen“, anlässlich der 106. Jahrestagung der DGKJ. Potsdam, 17. September 2010. Veranstalter: Abbott Deutschland, Wiesbaden

ADHS: diagnostische Kriterien und Probleme

— Die Diagnose psychischer Störungen im Kindesalter gestaltet sich allgemein schwierig. Besonders bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind die Symptome oftmals uneindeutig und überschneiden sich mit denen anderer Erkrankungen, weshalb der Differenzialdiagnose große Bedeutung zukommt. Ein unter ADHS leidendes Kind ist durch externe Stimuli leicht ablenkbar und neigt zu Impulsivität. Es hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten sowie Aufgaben und Tätigkeiten zu organisieren. Vor Einleitung medikamentöser Therapiemaßnahmen, betonte PD Dr. Andrea Ludolph, Ulm, müsse bei jedem Symptom die Frage gestellt werden: „Ist es so disfunktional, dass es im Alltag beeinträchtigend ist?“

Neben einer psychiatrischen Anamnese des Kindes ist für Ludolph auch eine körperlich-neurologische Untersuchung wichtig, um

mögliche neurologische Krankheitsursachen wie Hirntumore oder Epilepsien ausschließen zu können. Oft liegen auch somatische Störungsbilder wie Hyperthyreose oder juvenile Hypertonie vor, weshalb bei Ludolph in der Praxis immer auch Blutentnahmen und regelmäßige Blutdruckkontrollen durchgeführt werden. Außerdem sollte auf Störungen im aktuellen psychosozialen Umfeld geachtet werden, da bei Verhaltensstörungen, die beispielsweise auf abnorme intrafamiliäre Beziehungen zurückzuführen sind, eher keine medikamentöse Behandlung angezeigt sei. Laut DSM IV darf die Diagnose ADHS nur gestellt werden, wenn sich die Symptomatik nicht durch eine Persönlichkeitsstörung erklären lässt. Das Problem dabei sind jedoch die überlappenden klinischen Symptome und diagnostischen Kriterien, insbesondere zwischen ADHS und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. „Die Differenzialdiagnose

Borderline-ADHS ist anspruchsvoll und sollte von erfahrenen Klinikern vorgenommen werden“, erklärte deshalb Dr. Eginhard Koch, Heidelberg. Wichtig sei, dass bei ADHS ein Kontinuum von Verhaltensweisen zwischen Jugend- und Erwachsenenalter zu beobachten sei, das es bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht gebe. Dass ADHS „sich auswachse“, sei ein Mythos, es komme vielmehr zu einem Symptomwandel, was eine Diagnose im Erwachsenenalter noch schwieriger mache. Eine frühzeitige, adäquate Therapie der ADHS über den gesamten Tag bis in die frühen Abendstunden sei deshalb sehr wichtig, um soziale Probleme und die Entwicklung von Suchtkrankheiten oder Persönlichkeitsstörungen zu verhindern. **sk**

4. Potsdamer ADHS-Expertenwerkstatt. Potsdam, 6. November 2010. Veranstalter: Janssen, Neuss